In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful













Infections urinaires et IST

DR M. BELARBI
UROLOGIE/HCA
13 MARS 2016

Définitions généralités

- Les infections urinaires communautaires représentent le **2e site** d'infection bactérienne après l'arbre respiratoire.

- Les infections urinaires regroupent des tableaux cliniques de symptomatologie et de gravité très variables, en fonction du **terrain** et du **site** atteint sur l'arbre urinaire.

- On distingue les infections urinaires **simples/compliquées** et les infections **parenchymateuses/non parenchymateuses.**
- les infections urinaires compliquées par la présence d'au moins un **facteur de complication** :
  - anomalies organiques ou fonctionnelles de l'arbre urinaire,
  - terrain particulier :
  - physiologique : homme, enfant, femme enceinte,
  - pathologique : diabète, immunodépression, insuffisance rénale, sujet âgé polypathologique,
- les infections urinaires **non parenchymateuses** (cystite) ;
- les infections urinaires **parenchymateuses** (pyélonéphrite, prostatite).

Physiopathologie

- L'arbre urinaire est physiologiquement **stérile**
- Les infections urinaires communautaires sont principalement des infections par **voie ascendante**, Plus rarement, d'origine **hématogène**.
- Les **prostatites** sont favorisées par l'existence d'un **obstacle sous-vésical responsable d'une mauvaise vidange vésicale** : hyperplasie bénigne de prostate (HBP), cancer de prostate ou sténose urétrale.
- Elles peuvent également être d'**origine vénérienne** dans le cadre d'une infection génitale chez l'homme ou **iatrogène** après biopsies de prostate.
- **Escherichia coli** est au premier rang.
- Les autres germes (entérocoque, staphylocoque et Pseudomonas).

Diagnostic d'une infection urinaire

Diagnostic clinique et topographique

- l'atteinte vésicale : **brûlures mictionnelles**, **pollakiuries** et/ou la présence **d'urines troubles ou hématuriques**.

- Le **syndrome infectieux** peut témoigner d'une atteinte parenchymateuse (fièvre et frissons, inconstants, évocateurs d'une bactériémie).

- Les symptômes en faveur d'une pyélonéphrite aiguë sont : des **douleurs lombaire**, **unilatérales, irradiant** vers **le pubis et les organes génitaux externes**, **spontanées ou provoquées** par la percussion, parfois associées à des **signes digestifs** (douleurs, vomissements, diarrhées).

- Les symptômes en faveur d'une prostatite aiguë sont : **douleurs pelviennes, périnéales, urétrales ou rectales** (intenses et indépendantes de la miction); **dysurie et/ou rétention aiguë d'urines** ; parfois associées à des **douleurs lombaires** ;

  au TR: prostate classiquement augmentée de volume, douloureuse, de consistance typiquement « succulente ».

  Parfois la forme clinique de la prostatite est moins évocatrice : syndrome infectieux isolé, forme peu ou pas fébrile avec un toucher rectal normal.

- Tout tableau de **« cystite chez l'homme »**, même d'allure banale, doit être considéré comme une **prostatite** en dehors de certaines cystites typiques.

Diagnostic bactériologique

La bandelette urinaire (BU) : sur urines fraîches, temps de lecture avant interprétation

- détection de **leucocytes** et de **nitrites**
- très bonne valeur prédicative négative chez la femme
- **Attention :** certains germes sont dépourvus de nitrate réductase : Cocci Gram + (staphylocoque, streptocoque, entérocoque), BGN aérobie (pseudomonas, acinetobacter).

Diagnostic bactériologique (suite)

L'examen cytobactériologique des urines (ECBU)

- doit être réalisé dans des conditions parfaites de recueil (toilette antiseptique), et l'analyse au laboratoire doit être idéalement immédiate (sinon conservation possible 12 heures à 4 °C).

- L'ECBU comprend un examen direct, une mise en culture et un antibiogramme.
- Le seuil de leucocyturie significatif est > 10 éléments/mm3 soit 10.4 éléments/mL.
- Le seuil de bactériurie significatif est
  - ≥ 10.3 UFC/mL (cystites à E. coli, autres entérobactéries ou S. saprophyticus,
  - ≥ 10.5 UFC/mL (cystites aiguës à autre germe, notamment entérocoque
  - ≥ 10.4 UFC/mL (pyélonéphrites aiguës et les prostatites.

- En cas de leucocyturie sans germe, il faut évoquer :
  - une infection urinaire décapitée par une antibiothérapie préalable ;
  - une urétrite ;
  - une vaginite ;
  - une cystite interstitielle ;
  - une tuberculose urogénitale ;
  - en période péri-menstruelle (hématurie associée).

Diagnostic d'une infection urinaire

Diagnostic bactériologique

- Les **hémocultures** sont indispensables en cas de sepsis grave ou de pyélonéphrite aiguë compliquée.

Stratégie thérapeutique

- **Cystite aiguë**
  - **A - Cystite aiguë non compliquée de la femme**
  - **B - Cystite aiguë compliquée**
  - **C - Cystites récidivantes**
- **Pyélonéphrite aiguë**
  - **A - Pyélonéphrite aiguë non compliquée de l’adulte**
  - **B - Pyélonéphrite aiguë compliquée**
- **Prostatite**
  - **A - Prostatite aiguë**
  - **B - Prostatite chronique**

Cystite aiguë non compliquée de la femme

- Il s'agit d'une maladie fréquente avec un inconfort variable.
- Il faut s'assurer cliniquement de l'absence de facteurs de risque de complication ou de pyélonéphrite aiguë pauci-symptomatique (fébricule, lombalgie sourde).
- Un ECBU n'est pas nécessaire.
- une simple BU peut être réalisée mais sans obligation.
- Aucune imagerie n'est requise.

Cystite aiguë non compliquée de la femme

- L'antibiothérapie de **première intention** et de choix sera :
  - fosfomycine-trométamol (Monuril®) en dose unique,
  - Avantages: meilleure observance, résistance très rare et non croisée avec les autres antibiotiques.

- L'antibiothérapie de **seconde intention** sera :
  - fluororquinolone en dose unique (ciprofloxacine : Uniflox® 500 mg, ofloxcine : Monoflocet® 400 mg) ;
  - fluoroquinolone 3 jours (loméfloxacine : Logiflox® 400 mg/j, norfloxacine : Noroxine® 800 mg) ;
  - nitrofurantoïne 5 jours (Furadantine® 50 mg × 3/j)

- pas de contrôle systématique à prévoir, sauf en cas d'échec.

(sachant que les signes fonctionnels mettent deux à trois jours pour s'atténuer).

Cystite aiguë compliquée

- Il s'agit des cystites sur des anomalies organiques ou fonctionnelles de l'arbre urinaire, ou bien chez l'homme.
- L'ECBU doit être systématique.

- L'antibiothérapie sera d'emblée adaptée si le traitement peut être différé jusqu'au résultat de l'antibiogramme.
- Sinon, l'antibiothérapie sera probabiliste (nitrofurantoïne, céfixime ou fluoroquinolone. pdt 5 jours, à moduler selon l'antibiogramme et l'existence de facteurs de risque de complication.

Cystites récidivantes

- Elle correspond à plus de 4 épisodes de cystite aigue par an.
- facteurs favorisants (relations sexuelles ; boisson insuffisante ; mictions rares ; constipation ; ménopause).
- Toutefois, il n'existe qu'exceptionnellement des anomalies urologiques ou gynécologiques sous-jacentes. Le bilan est orienté au cas par cas
- et doit comporter au moins un ECBU.

Cystites récidivantes

- L'antibiothérapie curative est la même que celle de la cystite aiguë non compliquée
- La prévention repose sur les mesures hygiéno-diététiques (diurèse ≥ 1,5 L/j, mictions non retenues, régulation du transit intestinal, sous-vêtement en coton, essuyage d'avant en arrière).
- Parfois antibioprophylaxie continue d'au moins 6 mois (éviter les fluoroquinolones et les C3G).

- Les cystites postcoïtales correspondent à des cas particuliers.
  - certains conseils sont judicieux (miction postcoïtale systématique et arrêter des spermicides).
  - En cas d'échec, antibioprophylaxie (soit avant, soit jusqu'à 2 heures après le rapport).

Pyélonéphrite aiguë

- Il s'agit d'une infection potentiellement **grave**, de **bon pronostic si le traitement est bien conduit**, mais avec un risque de suppuration locale (abcès rénal, phlegmon péri-néphritique, pyonéphrose) ou de généralisation de l'infection (sepsis grave) d'autant plus élevé qu'il s'agit d'une forme compliquée.
- Le bilan clinique doit rechercher un facteur de risque de complication, une complication avérée ou un sepsis grave.
- Classiquement, l'homme immunocompétent n'est qu'exceptionnellement concerné par la pyélonéphrite.
- L'ECBU est systématique.
- Les autres examens complémentaires et l'antibiothérapie sont à adapter selon la forme clinique.

Pyélonéphrite aiguë

- Il s'agit d'une infection potentiellement grave, de bon pronostic si le traitement est bien conduit, mais avec un risque de suppuration locale (abcès rénal, phlegmon péri-néphritique, pyonéphrose) ou de généralisation de l'infection (sepsis grave) d'autant plus élevé qu'il s'agit d'une forme compliquée.
- Le bilan clinique doit rechercher un facteur de risque de complication, une complication avérée ou un sepsis grave.
- Classiquement, l'homme immunocompétent n'est qu'exceptionnellement concerné par la pyélonéphrite.
- L'ECBU est systématique.
- Les autres examens complémentaires et l'antibiothérapie sont à adapter selon la forme clinique.

Pyélonéphrite aiguë

- Il s'agit d'une infection potentiellement grave, de bon pronostic si le traitement est bien conduit, mais avec un risque de suppuration locale (abcès rénal, phlegmon péri-néphritique, pyonéphrose) ou de généralisation de l'infection (sepsis grave) d'autant plus élevé qu'il s'agit d'une forme compliquée.
- Le bilan clinique doit rechercher un facteur de risque de complication, une complication avérée ou un sepsis grave.
- Classiquement, l'homme immunocompétent n'est qu'**exceptionnellement** concerné par la pyélonéphrite.
- L'ECBU est systématique.
- Les autres examens complémentaires et l'antibiothérapie sont à adapter selon la forme clinique.

Pyélonéphrite aiguë

- Il s’agit d’une infection potentiellement grave, de bon pronostic si le traitement est bien conduit, mais avec un risque de suppuration locale (abcès rénal, phlegmon péri-néphritique, pyonéphrose) ou de généralisation de l’infection (sepsis grave) d’autant plus élevé qu’il s’agit d’une forme compliquée.
- Le bilan clinique doit rechercher un facteur de risque de complication, une complication avérée ou un sepsis grave.
- Classiquement, l’homme immunocompétent n’est qu’exceptionnellement concerné par la pyélonéphrite.
- L’ECBU est **systématique**.
- Les autres examens complémentaires et l’antibiothérapie sont à adapter selon la forme clinique.

Pyélonéphrite aiguë

- Il s'agit d'une infection potentiellement **grave,** de **bon pronostic si le traitement est bien conduit**, mais avec un risque de suppuration locale (abcès rénal, phlegmon péri-néphritique, pyonéphrose) ou de généralisation de l'infection (sepsis grave) d'autant plus élevé qu'il s'agit d'une forme compliquée.
- Le bilan clinique doit rechercher un facteur de risque de complication, une complication avérée ou un sepsis grave.
- Classiquement, l'homme immunocompétent n'est qu'exceptionnellement concerné par la pyélonéphrite.
- L'ECBU est systématique.
- Les autres examens complémentaires et l'antibiothérapie sont à adapter selon la forme clinique.

Pyélonéphrite aiguë non compliquée de l'adulte

- Le bilan doit comprendre une échographie abdominale afin de rechercher une forme compliquée méconnue par la clinique :
  - PNA obstructive avec dilatation des cavités pyélocalicielles ;
  - abcès rénal ;
  - phlegmon péri-rénal.
- une échographie normale n'élimine pas le diagnostic de pyélonéphrite aiguë car les signes positifs sont inconstants (pyélite, lésion corticale).

Pyélonéphrite aiguë non compliquée de l'adulte

- L'antibiothérapie est débutée de manière probabiliste, en choisissant des molécules bactéricides ayant de fortes concentrations urinaires, rénales et systémiques :
- C3G injectable :
  - ceftriaxone (Rocéphine® 1 g/j IV, IM ou SC) ou
  - céfotaxime (Claforan® 1 g × 3/j IV ou IM) ;
- fluoroquinolone:
  - ciprofloxacine : Ciflox® 500 mg × 2/j,
  - lévofloxacine : Tavanic® 500 mg × 2/j,
  - ofloxacine : Oflocet® 200 mg × 2/j
- en cas de sepsis sévère : ajout initial d'un aminoside (amikacyne, gentamycine, nétilmicine) pendant 1 à 3 jours (jusqu'à l'apyrexie) ;
- puis relais par voie orale après obtention de l'antibiogramme.
- La durée totale du traitement antibiotique en cas d'évolution favorable est de l'ordre de 10 à 14 jours
- mesures associées: traitement symptomatique (antalgiques, antipyrétiques) et une surveillance clinique.

Pyélonéphrite aiguë compliquée

- hospitalisation.
- Il faut éliminer une pyélonéphrite aiguë obstructive qui nécessite une prise en charge chirurgicale en urgence.
- Le bilan morphologique doit comprendre une uro-TDM en urgence.
- L’exploration du parenchyme rénal est indispensable à la recherche:
  - d’un foyer de néphrite : hypodensité triangulaire à base externe au temps sécrétoire (pathognomonique de la PNA)
  - d’un abcès rénal : collection infectieuse intraparencgymateuse
  - d’un phlegmon péri-néphritique : infection contenue dans le fascia péri-rénal ;
  - d’une pyonéphrose : fonte purulente du rein.
  - dilatation des cavités pyélocalicielles en amont d’un obstacle (calcul, tumeur, compression extrinsèque).
- Il est recommandé d’effectuer des hémocultures.

Pyélonéphrite aiguë compliquée

- L’antibiothérapie est une bi-antibiothérapie, à maintenir jusqu’à l’apyrexie : C3G ou fluoroquinolone associé à un aminoside.
- La durée totale du traitement est à adapter à la situation (formes peu sévères => 10 à 14 jrs; mais en cas de signes de gravités elle est parfois supérieure à 21 jours).

- PNA obstructive = véritable urgence médico-chirurgicale. =>drainage chirurgical des voies urinaires du haut appareil en urgence, soit par cathétérisme urétéral rétrograde (sonde urétérale, sonde jj) ou par néphrostomie percutanée
- La cause de l’obstruction (lithiase) sera toujours traitée secondairement.

Prostatite

- infection potentiellement grave
- de bon pronostic si le traitement est bien conduit
- risque de complications à type de sepsis grave, d'abcès prostatique ou de passage à la chronicité, notamment chez le diabétique et l'immunodéprimé.
- L'antibiothérapie est difficile en raison de la mauvaise diffusion prostatique de nombreuses molécules (β-lactamines, aminosides), surtout dans les formes chroniques du fait de la fibrose.
- La stratégie diagnostique et thérapeutique varie selon la forme clinique.

Prostatite aiguë

- Le diagnostic microbiologique repose sur l'ECBU
- les hémocultures dans les formes sévères
- Le massage prostatique est déconseillé (plus du fait du caractère douloureux que du risque de dissémination à proprement parler)
- Le bilan est complété par une échographie vésicale par voie sus-pubienne (mesure du résidu postmictionnel, recherche d'un globe vésical).
- L'échographie transrectale est déconseillée à la phase aiguë.
- En cas d'évolution défavorable, il faut rechercher un abcès prostatique par une IRM ou à défaut par une échographie transrectale

- Les principales complications de la prostatite aiguë sont :
  - la rétention d'urines
  - l'épididymite aiguë
  - l'abcès prostatique
  - le sepsis grave, voire le choc septique, mettant en jeu le pronostic vital
  - et enfin le passage à la chronicité.

Prostatite aiguë

- L'antibiothérapie est débutée de manière probabiliste, en choisissant :
- C3G injectable :
  - ceftriaxone (Rocéphine® 1 g/j IV, IM ou SC)
  - céfotaxime (Claforan® 1 g × 3/j IV ou IM)
- fluoroquinolone
  - ciprofloxacine : Ciflox® 500 mg × 2/j,
  - lévofloxacine : Tavanic® 500 mg × 2/j,
  - ofloxacine : Oflocet® 200 mg × 2/j

- En cas de sepsis sévère, ajouter initialement un aminoside (amikacyne, gentamycine, nétilmicine, tobramycine) pendant 1 à 3 jours (jusqu'à l'apyrexie)
- puis relais par voie orale après obtention de l'antibiogramme en privilégiant les deux seules classes d'antibiotiques à bonne diffusion prostatique : fluoroquinolone et cotrimoxazole.
- La durée totale du traitement est mal codifiée mais dure classiquement 3 à 4 semaines.

- Certaines mesures associées sont recommandées comme le traitement symptomatique (antalgiques, antipyrétiques [pas d'AINS] et les α- bloquants en cas de dysurie.

- En cas de rétention d'urines, le drainage vésical sera classiquement assuré par un cathéter sus-pubien.

Prostatite aiguë

- L'antibiothérapie est débutée de manière probabiliste, en choisissant :
- C3G injectable :
  - ceftriaxone (Rocéphine® 1 g/j IV, IM ou SC)
  - céfotaxime (Claforan® 1 g × 3/j IV ou IM)
- fluoroquinolone
  - ciprofloxacine : Ciflox® 500 mg × 2/j,
  - lévofloxacine : Tavanic® 500 mg × 2/j,
  - ofloxacine : Oflocet® 200 mg × 2/j

- En cas de sepsis sévère, ajouter initialement un aminoside (amikacyne, gentamycine, nétilmicine, tobramycine) pendant 1 à 3 jours (jusqu'à l'apyrexie)
- puis relais par voie orale après obtention de l'antibiogramme en privilégiant les deux seules classes d'antibiotiques à bonne diffusion prostatique : fluoroquinolone et cotrimoxazole.
- La durée totale du traitement est mal codifiée mais dure classiquement 3 à 4 semaines.

- Certaines mesures associées sont recommandées comme le traitement symptomatique (antalgiques, antipyrétiques [pas d'AINS] et les α-bloquants en cas de dysurie.

- En cas de rétention d'urines, le drainage vésical sera classiquement assuré par un cathéter sus-pubien.

Prostatite aiguë

- L'antibiothérapie est débutée de manière probabiliste, en choisissant :
- C3G injectable :
  - ceftriaxone (Rocéphine® 1 g/j IV, IM ou SC)
  - céfotaxime (Claforan® 1 g × 3/j IV ou IM)
- fluoroquinolone
  - ciprofloxacine : Ciflox® 500 mg × 2/j,
  - lévofloxacine : Tavanic® 500 mg × 2/j,
  - ofloxacine : Oflocet® 200 mg × 2/j

- En cas de sepsis sévère, ajouter initialement un aminoside (amikacyne, gentamycine, nétilmicine, tobramycine) pendant 1 à 3 jours (jusqu'à l'apyrexie)
- puis relais par voie orale après obtention de l'antibiogramme en privilégiant les deux seules classes d'antibiotiques à bonne diffusion prostatique : fluoroquinolone et cotrimoxazole.
- La durée totale du traitement est mal codifiée mais dure classiquement 3 à 4 semaines.

- Certaines mesures associées sont recommandées comme le traitement symptomatique (antalgiques, antipyrétiques [pas d'AINS] et les α-bloquants en cas de dysurie.

- En cas de rétention d'urines, le drainage vésical sera classiquement assuré par un cathéter sus-pubien.

Prostatite aiguë

- L'antibiothérapie est débutée de manière probabiliste, en choisissant :
- C3G injectable :
  - ceftriaxone (Rocéphine® 1 g/j IV, IM ou SC)
  - céfotaxime (Claforan® 1 g × 3/j IV ou IM)
- fluoroquinolone
  - ciprofloxacine : Ciflox® 500 mg × 2/j,
  - lévofloxacine : Tavanic® 500 mg × 2/j,
  - ofloxacine : Oflocet® 200 mg × 2/j

- En cas de sepsis sévère, ajouter initialement un aminoside (amikacyne, gentamycine, nétilmicine, tobramycine) pendant 1 à 3 jours (jusqu'à l'apyrexie)
- puis relais par voie orale après obtention de l'antibiogramme en privilégiant les deux seules classes d'antibiotiques à bonne diffusion prostatique : fluoroquinolone et cotrimoxazole.
- La durée totale du traitement est mal codifiée mais dure classiquement 3 à 4 semaines.

- Certaines mesures associées sont recommandées comme le traitement symptomatique (antalgiques, antipyrétiques [pas d'AINS] et les α-bloquants en cas de dysurie.

- En cas de rétention d'urines, le drainage vésical sera classiquement assuré par un cathéter sus-pubien.

Prostatite aiguë

- L'antibiothérapie est débutée de manière probabiliste, en choisissant :
- C3G injectable :
  - ceftriaxone (Rocéphine® 1 g/j IV, IM ou SC)
  - céfotaxime (Claforan® 1 g × 3/j IV ou IM)
- fluoroquinolone
  - ciprofloxacine : Ciflox® 500 mg × 2/j,
  - lévofloxacine : Tavanic® 500 mg × 2/j,
  - ofloxacine : Oflocet® 200 mg × 2/j

- En cas de sepsis sévère, ajouter initialement un aminoside (amikacyne, gentamycine, nétilmicine, tobramycine) pendant 1 à 3 jours (jusqu'à l'apyrexie)
- puis relais par voie orale après obtention de l'antibiogramme en privilégiant les deux seules classes d'antibiotiques à bonne diffusion prostatique : fluoroquinolone et cotrimoxazole.
- La durée totale du traitement est mal codifiée mais dure classiquement 3 à 4 semaines.

- Certaines mesures associées sont recommandées comme le traitement symptomatique (antalgiques, antipyrétiques [pas d'AINS] et les α-bloquants en cas de dysurie.

- En cas de rétention d'urines, le drainage vésical sera classiquement assuré par un cathéter sus-pubien.

Prostatite aiguë

- L'antibiothérapie est débutée de manière probabiliste, en choisissant :
- C3G injectable :
  - ceftriaxone (Rocéphine® 1 g/j IV, IM ou SC)
  - céfotaxime (Claforan® 1 g × 3/j IV ou IM)
- fluoroquinolone
  - ciprofloxacine : Ciflox® 500 mg × 2/j,
  - lévofloxacine : Tavanic® 500 mg × 2/j,
  - ofloxacine : Oflocet® 200 mg × 2/j

- En cas de sepsis sévère, ajouter initialement un aminoside (amikacyne, gentamycine, nétilmicine, tobramycine) pendant 1 à 3 jours (jusqu'à l'apyrexie)
- puis relais par voie orale après obtention de l'antibiogramme en privilégiant les deux seules classes d'antibiotiques à bonne diffusion prostatique : fluoroquinolone et cotrimoxazole.
- La durée totale du traitement est mal codifiée mais dure classiquement 3 à 4 semaines.

- Certaines mesures associées sont recommandées comme le traitement symptomatique (antalgiques, antipyrétiques [pas d'AINS] et les α-bloquants en cas de dysurie.

- En cas de rétention d'urines, le drainage vésical sera classiquement assuré par un cathéter sus-pubien.

Prostatite aiguë

- En cas d’abcès prostatique: traitement médical +/- drainage à l’aiguille (par voie transrectale ou transpérinéale) ou drainage chirurgical.

Prostatite aiguë

cas particulier de la prostatite aiguë iatrogène après biopsies de prostate:

- urgence médicale qui peut mettre en jeu le pronostic vital.
- Une hospitalisation initiale est recommandée avec la réalisation d'un ECBU et d'hémocultures.
- Une bi-antibiothérapie intraveineuse probabiliste est recommandée (C3G injectables + aminoside (en raison de la sélection des germes par l'antibioprophylaxie par fluoroquinolone),
- adaptée dans un second temps aux données de l'antibiogramme.

Prostatite chronique

- La symptomatologie est souvent peu bruyante et associe notamment :
  - une pesanteur pelvienne
  - brûlures mictionnelles, pollakiurie, dysurie, nycturie
  - douleurs éjaculatoires, hémospermie
  - irritations urétrales et accès fébriles.
- le diagnostic est évoqué devant toute infection urinaire récidivante chez l'homme.
- L'ECBU après massage prostatique a un intérêt pour le diagnostic microbiologique
- aucun intérêt du dosage des PSA à la phase aiguë car élévation transitoire inconstante
- éventuellement urétrocystoscopie, selon le contexte, à la recherche d'une sténose urétrale

Prostatite chronique

- Le traitement antibiotique doit être prolongé car les remaniements scléro-fibreux rendent l'éradication bactérienne difficile.
- Il faut privilégier les fluoroquinolones ou le cotrimoxazole
- La durée du traitement est mal codifiée, de 4 à 12 semaines selon la situation.
- Le traitement urologique d'un facteur favorisant doit toujours être envisagé.

Infections urinaires chez la femme enceinte

- infections bactériennes les plus fréquentes au cours de la grossesse du fait de facteurs favorisants :
  - modifications physico-chimiques de l'urine
  - action myorelaxante sur le sphincter de la progestérone ;
  - compression vésicale par l'utérus gravide.

Infections urinaires chez la femme enceinte

A - Bactériurie asymptomatique

- asymptomatique avec deux ECBU positifs
- Le dépistage est recommandé pendant la grossesse, tous les mois à partir du 4e mois, par une BU suivie d'un ECBU en cas de positivité.
- En l'absence de traitement => risque de PNA et de complications foetales (accouchement prématuré, infection néonatale).

Infections urinaires chez la femme enceinte

A - Bactériurie asymptomatique

- antibiothérapie après antibiogramme, en privilégiant :
  - amoxicilline
  - Céfixime (OROKEN®, WINX®)
  - cotrimoxazole (BACTRIM®)(à éviter par prudence au 1er trimestre) ;
  - nitrofurantoïne (à éviter au 9e mois) ;
  - pivmécillinam.

- La durée du traitement est de 5 jours.
- Un ECBU de surveillance 8 à 10 jours après l'arrêt du traitement est nécessaire, suivi d'un ECBU mensuel.

Infections urinaires chez la femme enceinte

B - Cystite aiguë gravidique

- Symptômes + et ECBU +
- antibiothérapie probabiliste débutée avant l'antibiogramme (risque materno-foetal)

C - Pyélonéphrite aiguë gravidique

- Hospitalisation, ECBU, échographie des voies urinaires et un bilan du retentissement materno-foetal.
- antibiothérapie probabiliste en urgence (C3G) parentérale.
- En cas de forme sévère (PNA obstructive, sepsis sévère) ajouter un aminoside
- Une surveillance clinique maternelle et foetale est indispensable.

Urétrite aiguë

A - Définition

- C’est une inflammation de l’urètre et des glandes péri-urétrales.
- Elle est le plus souvent d’origine infectieuse et sexuellement transmise.

B - Germes pathogènes

- Chlamydia trachomatis
- Neisseria gonorrhoeae (gonocoque)
- +/- Mycoplasma genitalium et Trichomonas vaginalis

C – Épidémiologie

- Chlamydia trachomatis est la première cause d’IST bactérienne
- Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae peuvent se compliquer d’une épididymite ou prostatite chez l’homme, d’une endocervicite, endométrite ou salpingite chez la femme.
- L’évolution spontanée se fait vers la guérison en quelques semaines pour Neisseria gonorrhoeae ou vers une forme chronique avec poussées intermittentes pour Chlamydia trachomatis

Urétrite aiguë

D - Signes cliniques

- ÉCOULEMENT URÉTRAL, purulent ou séreux, voire hémorragique, spontané en dehors des mictions
- BRÛLURES MICTIONNELLES

E - Diagnostic étiologique

- ECOUVILLON, sans désinfection préalable et chez un patient qui n'a pas uriné depuis au moins deux heures.
- En l'absence d'écoulement, ECBU sur le 1er jet urinaire.

Urétrite aiguë

F - Prise en charge thérapeutique

- traitements probabilistes monodoses, permettant d'interrompre rapidement la contagiosité, favoriser l'observance thérapeutique
- L'antibiothérapie probabiliste doit couvrir systématiquement Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae :
  - ✓ Ceftriaxone (ROCEPHINE®) 500 mg 1 injection IV ou IM

    +
  - ✓ azithromycine 1 g PO (1 prise) ou doxycycline 200 mg/j pendant 7 jours.

- Dans tous les cas, il faut associer les mesures suivantes :
  - ➢ abstinence sexuelle ou préservatifs jusqu'à la guérison ;
  - ➢ dépistage et traitement des partenaires ;
  - ➢ dépistage systématique des autres IST : VIH, VHB, syphilis.

Urétrite aiguë

G - Consultation de suivi

- À J3, si les symptômes persistent, le patient doit être informé qu'il doit impérativement revenir en consultation pour adapter le traitement au résultat de l'antibiogramme si nécessaire.
- À J7, systématiquement, pour vérifier la guérison clinique, effectuer un contrôle microbiologique de guérison et donner les résultats des sérologies.